Basisprincipes voor (drug)preventie in de basisschool



VAD

E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel. 02/423.03.33
Fax 02/423.03.34
preventie@vad.be
www.vad.be

VAD AD HOC WERKGROEP BASISONDERWIJS

CGG-preventiewerkers

- Sabine De Muynck, CGG Oostende
- Ingrid Delameilleure, Primavera
- Barbara Lemahieu, Terapiecentrum Sint-Niklaas
- Sabine Markovitz, Terapiecentrum Sint-Niklaas
- Selm Nelissen, Altox
- Eric Nysmans, CGG Turnhout
- Katrien Parmentier, CGG Roeselare
- Michèle Staelens, CGG Leuven
- Luc Wouters, CGG Roeselare

VAD-stafmedewerkers

- Hilde De Man
- Mia De Bock
- Hilde Kinable
- Hilde Vanhuele

VIG

- Leen Vanstraeten

Eindredactie
Hilde Vanhuele

Vormgeving
Hadewijch Heyvaert

Met dank aan

Jef Pazmany, V.S.K.O. Pedagogisch Bureau, verantwoordelijke leerplan wereldoriëntatie

VAD
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
tel: 02/423.03.33
fax: 02/423.03.34
e-mail: preventie@vad.be
website: http://www.vad.be

1999

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

Drugpreventie in de middelbare school is in de afgelopen jaren een vaste waarde geworden. Omdat er zoveel vragen waren over de aanpak van alcohol en andere drugs (tabak, medicatie, illegale drugs, ...) werkte de VAD-werkgroep Onderwijs het concept 'Drugbeleid op School' uit. Ondertussen werd dit concept in heel wat secundaire scholen in Vlaanderen geïmplementeerd.
Er gingen echter steeds meer stemmen op om veel vroeger te beginnen met drugpreventie. Allerlei intiatieven en projecten voor de basisschool bleven dan ook niet uit.

Toch stellen veel leerkrachten in de basisschool zich de vraag: «drugpreventie voor onze leerlingen, is dat geen onzin?» en als het toch zinvol zou blijken «welke invulling geven we dan best aan drugpreventie?».
Met deze publicatie willen we op deze vragen een antwoord geven.

Het document is bedoeld voor **schoolbegeleiders, preventiewerkers en CLB-medewerkers** die een ondersteunende rol opnemen ten aanzien van de basisschool.
In '98 en '99 werden in verschillende regio's in Vlaanderen studiedagen georganiseerd voor deze doelgroep onder de titel 'Zin en onzin van drugpreventie in het lager onderwijs'. De inhoud van deze studiedagen werd door de deelnemers als zeer ondersteunend geëvalueerd.
Deze publicatie kan dan ook gezien worden als een verfijning van de principes en achtergrondinformatie die op deze studiedagen werden geïntroduceerd.

Het document bevat een drietal hoofdstukken. Elk hoofdstuk behandelt kernvragen die over drugpreventie in de basisschool gesteld worden. Op die manier wordt materiaal geboden om als begeleider of adviseur doelgericht om te gaan met allerlei **adviesvragen**.

⊙ Drugpreventie in de basisschool: is dat niet te vroeg?

In hoofdstuk 1 'Motieven voor drugpreventie in de basisschool' vindt u een motivatie vanuit drie invalshoeken:

- ontwikkelingspsychologische gegevens
- zwart op wit: onderzoeksgegevens
- trends in het onderwijs: de nieuwe leerplannen

⊙ Welke invulling geef je in het basisonderwijs aan het begrip drugpreventie?

In hoofdstuk 2 'Basisprincipes voor drugpreventie' worden een zestal principes geformuleerd die als referentiepunt kunnen gehanteerd worden bij discussies over een zinvolle invulling voor drugpreventie in de basisschool.
De school wordt uitgenodigd om stelling te nemen ten aanzien van deze principes: hoe belangrijk vindt de school deze principes?, hoe concretiseert de school deze principes? Vanuit dit kader van mogelijke basisprincipes wordt de school gestimuleerd om tot een weloverwogen keuze te komen van didactisch materiaal. Sleutelfiguren krijgen van de school vaak het signaal dat men overrompeld wordt met allerlei pakketten en projecten. Daarom fomuleren we bij elk basisprincipe een aantal richtvragen die de school kunnen helpen om een selectie te maken in het overaanbod.

⊙ Welke pakketten zijn er op de markt?

Het Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie (VIG) actualiseert in 1999 de inventaris van gezondheidsbevorderend materiaal. In hoofdstuk 3 vindt u meer informatie over deze inventaris.

⊙ Hoe weet je wat de pakketten waard zijn?

De Werkgroep Kwaliteitslabel van de Commissie Gezondheidsbevordering in de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) heeft een procedure uitgewerkt om gezondheidsbevorderend materiaal kwalitatief te beoordelen. Pakketten die aan de criteria voldoen krijgen een label. Eveneens in hoofdstuk 3 vindt u informatie over dit initiatief.

Besluit

Verschillende initiatieven sluiten op mekaar aan:

- via deze publicatie kunnen scholen gemotiveerd worden om bewust te kiezen voor een welbepaalde invulling van preventief werken
- de VIG-inventaris geeft een overzicht van het recent didactisch materiaal in verband met gezondheidsbevordering
- het kwaliteitslabel van de VLOR garandeert dat er keuze mogelijk is voor kwalitatief goede pakketten

Dit zijn drie complementaire initiatieven die wat betreft de kijk op preventie op dezelfde golflengte zitten.

We hopen dat deze publicatie het reflectieproces rond drugpreventie in de basisschool intensifieert.
In een aantal regio's zijn schoolbegeleiders, preventiewerkers en CLB-medewerkers momenteel mogelijkheden aan het zoeken om de inhoud van deze publicatie ter discussie te stellen met scholen.
VAD zal in de toekomst aan deze ervaringen de nodige Vlaamse weerklank geven.

1. MOTIEVEN VOOR DRUGPREVENTIE IN DE BASISSCHOOL

1.1 Ontwikkelingspsychologische gegevens [1]

Ontwikkelingspsychologisch gezien zijn kinderen 'rijp' voor preventie. Tussen de leeftijd van 3 en 12 jaar maken ze een geweldige ontwikkeling door, zowel op cognitief als op fysisch, emotioneel en sociaal vlak. Ze krijgen steeds meer een eigen leven, maken vrienden, worden al dan niet gepest, lopen rond met allerlei vragen, ...
Deze jonge kinderen zijn reeds bezig met processen van **zingeving**. Hun vele waarom-vragen zijn hiervan het sprekende getuigenis. Kinderen proberen voortdurend zin te ontdekken en te geven. Kinderen die verbanden zien, relaties ontdekken, gebeurtenissen en mensen begrijpen, hebben meer greep op de wereld. Ze zijn ook beter in staat om te functioneren op een sociaal aanvaardbare manier, vaak zelfs in moeilijke omstandigheden.

Een andere ontwikkelingspsychologische factor tijdens deze leeftijdsfase is **de ontwikkeling van het normbesef**. Het lagere schoolkind ontwikkelt een individualistisch normbesef. Dit betekent dat het kind een gedrag als 'moreel goed' beschouwt wanneer deze handeling in functie staat van zijn eigen interessen en behoeften. Een heel belangrijke behoefte is: erbij horen en gewaardeerd worden. Deze behoefte maakt dat kinderen willen leven naar de richtlijnen van hun ouders omdat dit hen ouderliefde en een gevoel van eigenwaarde oplevert [2].
Deze ontwikkeling van het normbesef is een belangrijk concept in het leren omgaan met genotsmiddelen. Een kind kan leren hoe het verantwoord kan omgaan met genotsmiddelen.
Voor lagereschoolkinderen zijn deze genotsmiddelen op de eerste plaats snoep, frisdrank, videospelletjes, ... en in mindere mate tabak, medicatie en alcohol.

Kinderen zoeken hun identiteit bij leeftijdsgenoten. Kinderen van 6-7 jaar houden zich vooral bezig met kinderen van hun eigen leeftijd. Vanaf 9 jaar zal de leefwereld van kinderen verruimen. Ze kijken op naar iets oudere kinderen. Ook de invloed van broers en zussen wordt vanaf 9 jaar groot.
Alhoewel de impact van de leeftijdsgenoten en oudere kinderen een grote rol speelt, kunnen ouders en leerkrachten hier een belangrijke invloed uitoefenen.
Enerzijds speelt **de voorbeeldfunctie** van de volwassenen op deze leeftijd een cruciale rol. Anderzijds zijn zij het die grenzen opleggen aan de kinderen, niet om de kinderen te beperken, wel om hen zoveel mogelijk ontwikkelingskansen te geven binnen bepaalde grenzen. Grenzen creëren immers een veilig klimaat waarbinnen het kind zich te
.n volle kan ontplooien.

Tijdens de lagereschoolleeftijd zijn kinderen zeer ontvankelijk en beïnvloedbaar. Het is een ideale fase om aandacht te besteden aan het **aanleren van sociale vaardigheden**. Deze vaardigheden (zoals bijvoorbeeld kritisch denken, omgaan met gevoelens, effectief communiceren, beslissingen nemen, ...) zijn basale vaardigheden in het verantwoord leren omgaan met allerlei genotsmiddelen.

1.2 Zwart op wit: onderzoeksgegevens

Uit diverse onderzoeken blijkt dat relatief jonge kinderen reeds in aanraking komen met alcohol en andere drugs. De ideale periode om aan preventie te doen is wanneer zich (nog) geen problemen voordoen. Letterlijk voor-komen dus. Of positief geformuleerd is het belangrijk om kinderen reeds op jonge leeftijd op te voeden tot zorg voor de eigen gezondheid.
Toch zijn alcohol en andere drugs niet de belangrijkste genotsmiddelen voor kinderen: tv en computerspelletjes, snoep en zoete drank, ... zijn nog steeds de toppers. Deze genotsmiddelen komen daarom best prioritair aan bod in preventieve activiteiten.

Hieronder wordt cijfermateriaal gepresenteerd dat geselecteerd werd uit het onderzoek 'Jongeren en gezondheid' [3] (bijlage 2).
Dit onderzoek maakt deel uit van een internationale studie die gecoördineerd wordt door de Wereld Gezondheidsorganisatie. Dit onderzoek is interessant omdat het sinds 1985-1986 om de vier jaar herhaald wordt en ook een vergelijking mogelijk maakt tussen jongens/meisjes, verschillende leeftijdsgroepen (11-12-, 13-14-, 15-16- en 17-18-jarigen) en studierichtingen (ASO, TSO, BSO).
We halen hier enkel cijfers aan uit 1998. Toen werden 11.329 jongeren bevraagd, waaronder 3.060 11-12-jarigen.

Tv en computer- en videospelletjes

Gezond gedrag wordt in dit onderzoek ruim gedefinieerd. Er wordt ook gepeild naar de vrijetijdsbesteding van de jongeren.
Wat het aantal uren tv kijken per dag betreft scoren de 11-12-jarigen reeds op het niveau van de oudere jongeren: 34% kijkt 2 à 3 uur per dag, 20% kijkt 4 uur of meer per dag.
Computer- en videospelletjes zijn vooral populair bij jongens: 5% speelt 7 à 9 uur per week (ten opzichte van 2% van de meisjes). 5% speelt 10 of meer uur per week (ten opzichte van 0,5% van de meisjes).

Voeding

We pikken hier twee producten uit om te vergelijken, namelijk fruit ten opzichte van cola/zoete drank. 22% van de 11-12-jarigen eet meer dan 1 keer fruit per dag. Cola en zoete drank scoren iets hoger: 26% drinkt dit meer dan 1 keer per dag.

Tabak

Op 11-12 jaar hebben 15% van de jongens en 6% van de meisjes ooit gerookt. Vanaf het secundair onderwijs halen de meisjes de jongens echter in. Tegen de leeftijd van 13-14 jaar hebben 32% van de jongens en 28% van de meisjes ooit gerookt. Tegen de leeftijd van 17-18 jaar hebben 66% van de jongens en 67% van de meisjes ooit gerookt.
Ook in het dagelijks roken zien we een dergelijke inhaalbeweging bij de meisjes: op 11-12 jaar roken 0.7% van de jongens dagelijks ten opzichte van 0.1% van de meisjes. Op 13-14 jaar is dit respectievelijk 6% en 5%.

Alcohol

De meerderheid van de jongeren tussen 11-12 jaar heeft reeds een alcoholische drank gedronken: 81% van de jongens en 71% van de meisjes. Dit verschil tussen jongens/meisjes verdwijnt gaandeweg met de leeftijd en op 17-18 jaar heeft 97% al ooit gedronken.

Psychofarmaca

Er werd aan de jongeren gevraagd of ze in de voorbije maand een geneesmiddel of pilletje genomen hadden tegen hoest, verkoudheid, hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen of zenuwachtigheid. Deze vraag werd bij de 11-12-jarigen door 62% van de jongens en 69% van de meisjes positief beantwoord. We stellen vast dat ze hiermee al een gelijkaardig gebruikspatroon hebben als de oudere jongeren. In alle leeftijdsgroepen gaat het voornamelijk om middelen tegen hoest, verkoudheid en hoofdpijn. Laten we hier opmerken dat ze deze middelen krijgen via de omgeving: ouders, de huisarts, de school, ...

Illegale drugs

Hasj en marihuana (cannabisproducten) zijn ook in dit onderzoek de meest gebruikte illegale drugs.
Het gebruik van cannabis bij 11-12-jarigen is echter marginaal (1% gebruikte reeds 1-2 keer, 1% gebruikte minstens 3 keer en 13% kent cannabis niet).
Met betrekking tot de leeftijd waarop illegale drugs voor het eerst gebruikt werden blijkt dat hoe jonger de bevraagde jongeren zijn, hoe lager de startleeftijd die ze aangeven: 13-14-jarigen vermelden gemiddeld 12,5 jaar als startleeftijd terwijl 17-18-jarigen gemiddeld 15,2 jaar als startleeftijd aangeven.

Algemeen kunnen we stellen dat deze cijfers een indicatie geven voor het gebruik, maar niets zeggen over misbruik. Anderzijds hoeven we echter niet te wachten tot er zich problemen voordoen om aan zinvolle preventie te doen. We hoeven niet te gaan problematiseren om een mandaat te krijgen om preventief te mogen werken.

Om het met J. Van Gils te zeggen:
«Preventie is niet langer het voorkomen van problemen, maar het bevorderen van ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren, niet zozeer om problemen te vermijden, maar omdat ze er recht op hebben». [4]

1.3 Trends in het onderwijs

De **nieuwe leerplannen** die gelden in de Vlaamse basisscholen bieden hét kader om drugpreventie te integreren. Drugpreventie houdt onder andere educatie in en dit hoort thuis onder de brede noemer **gezondheidseducatie**. De eindtermen en ontwikkelingsdoelen (die kunnen beschouwd worden als het kader voor minimale kwaliteitszorg in het onderwijs) met betrekking tot gezondheidseducatie zijn verspreid over vakgebieden (wereldoriëntatie en lichamelijke opvoeding). Ook binnen het vakoverstijgend gebied 'sociale vaardigheden' worden belangrijke accenten in verband met gezondheidseducatie gelegd[5] (zie ook bijlage 1).

2. BASISPRINCIPES VOOR DRUGPREVENTIE IN DE BASISSCHOOL

Drugpreventie krijgt in deze publicatie een zeer ruime invulling. Deze ruime invulling is geïnspireerd door het ideeëngoed dat met betrekking tot **gezondheidsbevordering** ontwikkeld is. Terwijl gezondheidsvoorlichting en -opvoeding vooral mikt op gedragsverandering bij individuen is er bij gezondheidsbevordering ook aandacht voor de omgeving en de daar noodzakelijke veranderingen [5] (zie ook bijlage 1).

'De' leerkracht in de tekst is uiteraard van het vrouwelijk of mannelijk geslacht. In functie van de leesbaarheid houden we het in de tekst echter bij een 'hij'.

De zes basisprincipes die hier behandeld worden kunnen als vertrekpunt gebruikt worden bij de zoektocht naar een zinvolle invulling van drugpreventie in de basisschool.
Op methodisch vlak wordt de suggestie gedaan om de school stelling te laten nemen tegenover elk principe. Hiertoe worden **richtvragen** geformuleerd.
Op basis van deze stellingname kan de school een onderbouwde keuze maken voor welbepaald didactisch materiaal of onderdelen ervan.

Principe 1
Preventie sluit aan bij de psychologische mogelijkheden en de leefwereld van de kinderen.

In hoofdstuk 1 stelden we reeds dat kinderen tussen 3 en 12 jaar een geweldige ontwikkeling doormaken, zowel op cognitief als op fysisch, emotioneel en sociaal vlak. Bij elke fase horen aangepaste **preventie-inhouden en -methodieken**.
Zo kan men vanaf het begin van de lagere school **intentioneel werken** aan een positief zelfbeeld en aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Vanaf de tweede graad kan men hieraan zelfdiscipline, respect voor de ander en een positief maatschappijbeeld toevoegen. In de derde graad kan men beginnen werken aan het leren nemen van beslissingen, het leren neen zeggen, het samenwerken met anderen en aan een maatschappijbeeld en -visie.

Kinderen van de eerste graad zijn erg op zichzelf en hun naaste omgeving gericht en hebben nog weinig realiteitsbesef of voeling met de ruimere wereld rondom hen. Voor de jongsten dus beter geen ver-van-mijn-bed-show. Men kan het bijvoorbeeld beter nog niet hebben over het weigeren van sigaretten of drugs, maar wel over het omgaan met het overaanbod van snoepjes en koekjes op een feestje.
Ook in de tweede of derde graad moeten de thema's voldoende gelinkt zijn aan de beleving en de ervaringen van de kinderen in hun eigen omgeving.

Bij lagere schoolkinderen is het belangrijk om **inductief** in plaats van deductief te werken. Dat wil zeggen dat men best vanuit concrete situaties kan beginnen en van daaruit regels of algemeenheden gaat afleiden. Zo is gezondheid een abstract begrip. Men kan het beter eerst hebben over effecten van eigen concrete gedragingen en leefgewoonten zoals teveel friet eten en achteraf buikpijn hebben of fysieke uithouding van kinderen die er al in slagen vijf kilometer ver te rennen. Zo ook is veilig of verantwoord gedrag een abstract begrip. Men kan beter vertrekken van concrete situaties zoals ervaringen met skeeleren op de speelplaats en samen zoeken naar regels voor veilig skeeleren.

In de eerste twee graden is het logisch thematisch te werken aan gezondheidsopvoeding en -voorlichting. In de derde graad kan het probleem van verslavend gedrag besproken worden. Het is evenwel niet aan te raden om een gedetailleerde beschrijving te geven van alle mogelijke drugs. Beter is het probleem van verslaving in zijn juiste context aan te kaarten. Voorts kan men zich laten leiden door de vragen van de kinderen zelf.

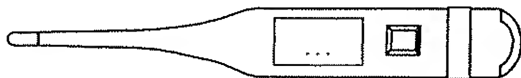
Daarnaast is het belangrijk dat de **interesse** van de leerlingen als uitgangspunt voor preventie wordt genomen, waarbij de leerkracht zijn algemene aanpak aanpast aan de leerlingen. De leerkracht zelf is het best geplaatst om te kunnen inschatten wat zijn leerlingen aankunnen, wat hen het meest aanspreekt, ...

Bovendien kan de leerkracht het proces van **zingeving** stimuleren [6]. Zingeving kan door de leerkracht aangereikt worden maar ze moet vooral door de kinderen zelf gezocht, opgebouwd en verwerkt worden. Het stimuleren van weetgierigheid en verwondering, het creëren van een discussiecultuur, zijn belangrijke mogelijkheden om bij te dragen tot de persoonlijke zingeving van kinderen.
De leerkracht kan ook kansen creëren tot beleving van **'verbondenheid'** [7]. Dit basisgevoel kan in vijf omgevingsdimensies beleefd worden: de band met zichzelf (bijvoorbeeld relaxatiemomenten, gevoelens laten beleven en uiten), de band met anderen (bijvoorbeeld ruzies laten uitpraten), de band met voorwerpen en materialen (bijvoorbeeld meehelpen aan het onderhoud van de klas of eetzaal), de band met de samenleving (bijvoorbeeld Marokkaanse moeders houden een koekjesfeest), de band met het levensgeheel (bijvoorbeeld schooltuintjes aanleggen).

Verantwoord omgaan met allerlei genotsmiddelen wordt soms teveel als de verantwoordelijkheid van de kinderen zelf beschouwd, met andere woorden, na een preventieve activiteit zouden kinderen dus moeten weten en doen wat hoort. Deze opstelling gaat echter voorbij aan het feit dat kinderen in een groeiproces zitten en **volwassenen** de verantwoordelijkheid hebben om dit proces te begeleiden en tegelijk ruimte te geven en te begrenzen. Principes 5 en 6 behandelen dit thema uitgebreid.

Richtvragen bij het hanteren van principe 1

- Hoe warm lopen we voor dit principe? (Vul een cijfer in tussen 0°C en 30°C)



- Hoe wordt dit principe op onze school geconcretiseerd?

- Didactisch materiaal onder de loep:

  - bij welk ontwikkelingsniveau of bij welke leeftijdsgroep sluit het materiaal aan?
  - hoe is het materiaal afgestemd op de wijze waarop kinderen in mekaar zitten en met de werkelijkheid omgaan?
  - op welke wijze geeft het materiaal aandacht aan het proces van zingeving en het beleven van verbondenheid?
  - op welke wijze volgt het pakket een inductieve opbouw?
  - welke werkvormen bevat het pakket om te peilen naar de ideeën en vragen die kinderen hebben over bepaalde thema's?

Principe 2
Preventie impliceert doelstellingen op verschillende niveaus: kennis, attitude en vaardigheden.

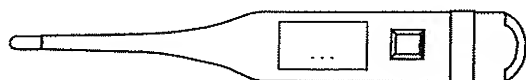
Preventie impliceert dat men informatie geeft, maar uitsluitend informatie is onvoldoende om kinderen verantwoord te leren omgaan met genotsmiddelen. Kennis is weliswaar heel belangrijk, maar op een beslissend moment zijn rationele motieven minder doorslaggevend. Dat een kind weet dat roken slecht is voor de gezondheid biedt bijvoorbeeld geen garantie dat het niet met roken zal beginnen. Op het moment dat het een sigaret aangeboden krijgt, spelen heel wat andere factoren mee dan de bekommernis om zijn gezondheid. Deze factoren bepalen mee of het kind de sigaret zal aannemen of niet.

Gedrag wordt beïnvloed door tal van andere **factoren**, zoals: de onmiddellijke voor- en nadelen van het gedrag of de attitude tegenover dit gedrag (bijvoorbeeld graag nieuwe dingen uitproberen), de omgeving van het kind, het omgaan met groepsdruk en met negatieve gevoelens, verantwoord keuzes kunnen maken, ...
Gezond gedrag kan aangeleerd worden, maar om dit gezond gedrag te behouden en te bestendigen moet het door het kind als positief ervaren worden, positief bekrachtigd worden door belangrijke derden (de leerkracht, ouders, vriendjes, ...). De omgeving moet het gedrag stimuleren en het kind moet de nodige vaardigheden bezitten om dit gedrag waar te maken, onder andere leren beslissen, communiceren, omgaan met gevoelens, leren zelfstandig keuzes maken, omgaan met conflicten, ... [8].

Heel wat pakketten hebben oog voor het bereiken van **doelstellingen** op verschillende niveaus. De kennisgerichte doelstellingen worden doorgaans benaderd door het geven van informatie die thema-specifiek is, bijvoorbeeld informatie over de samenstelling en schadelijkheid van tabaksrook.
De attitude- en vaardigheidsgerichte doelstellingen kunnen benaderd worden op een manier die niet themaspecifiek is.
Attitudevorming verloopt inderdaad volgens telkens dezelfde dynamiek. Of het nu draait om snoep of sigaretten, het proces van attitudevorming is een proces van afwegen van voor- en nadelen van een bepaald gedrag. Dit proces verloopt langs bewustworden van eigen houding, dialoog, confrontatie met andere houdingen, leren uit bepaalde observaties en ervaringen, het trekken van conclusies, ...
Ook telkens dezelfde vaardigheden zijn in het spel bij het stellen van een bepaald gedrag, zoals omgaan met gevoelens, leren keuzes maken, communiceren, ...

Richtvragen bij het hanteren van principe 2

- Hoe warm lopen we voor dit principe? (Vul een cijfer in tussen 0°C en 30°C)



- Hoe wordt dit principe op onze school geconcretiseerd?
- Didactisch materiaal onder de loep:
  - welke doelstellingen stelt het pakket centraal?
  - welke werkvormen biedt het pakket om deze doelstellingen te realiseren?

Principe 3
Bij preventief werken in de klas is de leerkracht de spil van het pedagogisch proces.

Aangezien kinderen vele uren op school doorbrengen, en de leerkracht in het basisonderwijs het hele schooljaar met dezelfde klasgroep werkt, bevindt hij zich in de geknipte positie om een goed wederzijds contact en vertrouwen met de kinderen op te bouwen. Een aangenaam **klimaat** waarin respectvol met elkaar wordt omgegaan vormt het fundament waarop aan preventie kan worden gedaan. Preventie kan immers omschreven worden als een proces waarbij het positief klimaat en de continuïteit goed dienen te worden bewaakt. Wanneer deze voorwaarden zijn vervuld, krijgen de kinderen de kans om attitudes en vaardigheden te ontwikkelen in een veilige omgeving.

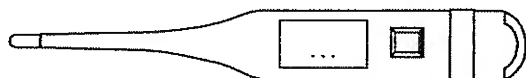
Vanuit de nauwe samenwerking met de kinderen is de leerkracht de aangewezen persoon om het **tempo** te bepalen waarin gewerkt wordt en de **ruimte** die men heeft om eens iets nieuws uit te proberen (bijvoorbeeld een groepsdiscussie, een rollenspel, ...). Zo kan de leerkracht onder meer de in het pakket aangeboden werkvormen kaderen in een zinvol geheel, aangepast aan de eigen klasgroep en aangevuld met eigen accenten.

Kinderen kijken op naar hun leerkracht. Zijn gedrag verheffen ze al snel tot **norm**. Belangrijk is dan ook dat er congruentie is tussen dit gedrag en de preventieve boodschappen. Een rokende leerkracht, een leerkracht die zelf moeilijk nee kan zeggen of niet weet om te gaan met conflicten en deze zaken ook niet bespreekbaar stelt, schept verwarring en verliest zijn geloofwaardigheid bij de kinderen.

In didactisch materiaal wordt soms verwezen naar **gastsprekers**. Het kan echter niet de bedoeling zijn dat de gastspreker de leerkracht vervangt. Hij kan wel een toegevoegde waarde bieden, bijvoorbeeld omwille van zijn expertise op een bepaald domein of omwille van een bepaalde invalshoek. Een aandachtspunt hierbij is dat men nagaat in hoeverre de doelstellingen van de gastspreker kaderen in het beleid van de school en in welke mate de manier van werken, de stijl van de gastspreker aansluit bij die van de leerkracht.

Richtvragen bij het hanteren van principe 3

- Hoe warm lopen we voor dit principe? (Vul een cijfer in tussen 0°C en 30°C)



- Hoe wordt dit principe op onze school geconcretiseerd?

- Didactisch materiaal onder de loep:

  - welke functie geeft het didactisch materiaal aan de leerkracht?
  - welke werkwijze reikt men aan om de inhouden en werkvormen flexibel te hanteren?
  - welke suggesties doet het pakket rond samenwerken met gastsprekers?

Principe 4
Het pedagogisch beleid is het fundament voor preventie.

Elke school beschikt over een eigen kijk op opvoeding, beschreven in het pedagogisch project van de school. Aangezien **gezondheidseducatie** per definitie ook opvoeding is, is het evident dat de wijze waarop de school gezondheidseducatie uitwerkt, net geïnspireerd is door het pedagogisch project.

We verduidelijken het belang van deze congruentie:

Gezondheidseducatie waarin kennisoverdracht centraal gesteld wordt, sluit niet aan bij een pedagogisch project waarin veel belang gehecht wordt aan het ontwikkelen van vaardigheden en andere aspecten van de persoonlijkheid van het kind.

Gezondheidseducatie die eigen meningsvorming en bewust kiezen wil ontwikkelen staat haaks op een pedagogisch project waarin welbepaalde gedragspatronen voorgehouden worden als de beste en dus na te volgen.

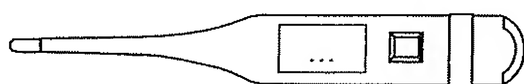
Gebruik van angstaanjagende boodschappen staat haaks op een pedagogisch project dat zelfredzaamheid beoogt.

Gezondheidseducatie die naast nadelen ook voordelen van het gebruik van middelen benoemt, sluit aan bij een pedagogisch project waarin men respect wil realiseren voor een verscheidenheid van meningen en gedragingen.

Het pedagogisch project wordt geconcretiseerd in het **schoolwerkplan**. Idealiter overleggen de leerkrachten in team hoe men over de schooljaren heen gezondheids- en welzijnsthema's aan bod zal brengen.

Richtvragen bij het hanteren van principe 4

- Hoe warm lopen we voor dit principe? (Vul een cijfer in tussen 0°C en 30°C)



- Hoe wordt dit principe op onze school geconcretiseerd?
- Didactisch materiaal onder de loep:
  - welke visie op opvoeding hanteert het pakket?
  - strookt deze visie met het pedagogisch project van de school?
  - welke voorstellen doet het pakket om de behandelde thematiek te integreren in het schoolwerkplan?

Principe 5
Preventie stopt niet bij de klasdeur.

In eerste instantie heeft de schoolcultuur en de manier waarop gezondheidsthema's geïntegreerd zijn in de dagdagelijkse praktijk van de school een meer en langduriger effect op kinderen dan om het even welk lessenpakket.

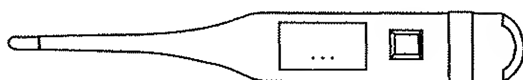
Met **schoolcultuur** bedoelen we de waarden, normen, uitingen en gedragingen die bepalen hoe men met elkaar omgaat op de school (opvoeders, leerkrachten en directie onderling, opvoedend personeel en kinderen, kinderen onderling). Als men kinderen vaardigheden aanleert in de klas, is het belangrijk dat het ook buiten de klas op prijs gesteld en gestimuleerd wordt dat zij deze vaardigheden hanteren en inoefenen in het dagelijks leven op de school.

Als kinderen bijvoorbeeld in de klas leren kiezen en leren omgaan met vrijheid en grenzen, is het ook belangrijk dat ze mee verantwoordelijk kunnen zijn over de aankleding van de speelplaats of het keuze-aanbod van middagactiviteiten. Als men kinderen verantwoord wil leren omgaan met kwaaltjes en ongemakken, is het belangrijk dat de school haar eigen omgaan met kwaaltjes en ongemakken bij kinderen onder de loep neemt en het hanteren van de schoolapotheek kritisch bekijkt.

De integratie van preventief werken in het **dagdagelijks schoolleven** kan op oneindig veel manieren.
Enkele voorbeelden: in het schoolrestaurant kan men zorgen voor evenwichtige voeding, men kan regels vastleggen over het snoepen door kinderen en het roken door leerkrachten en ouders.
Regels hoeven niet steeds absoluut gesteld te worden. De school kan een snoepverbod stellen in het gewone schoolleven voor tussendoortjes en desserts en toch op bepaalde feestelijke momenten (verjaardagen, Pasen, sinterklaas, ...) de kinderen laten smullen van chocolade en andere zoetigheid.
Aan een klasproject kan uitstraling gegeven worden door kinderen uit andere klassen te interviewen, door een open deur voor de andere klassen, door het thema in de schoolkrant te zetten.

Richtvragen bij het hanteren van principe 5

- Hoe warm lopen we voor dit principe? (Vul een cijfer in tussen 0°C en 30°C)



- Hoe wordt dit principe op onze school geconcretiseerd?
- Didactisch materiaal onder de loep:
  - in welke mate is het pakket in overeenstemming met de schoolcultuur?
  - welke ideeën reikt het pakket aan om linken te maken tussen het klasgebeuren en het schoolgebeuren?

Principe 6
Preventie stopt niet bij de schoolpoort.

Kinderen groeien op in sociaal en cultureel zeer diverse gezinnen of gezinsvormen. Eénoudergezinnen en nieuw samengestelde gezinnen zijn niet langer uitzondering op de regel. Kinderen die in een appartementsblok wonen, hebben een andere leefwereld dan kinderen die op het platteland wonen. Arbeiders- of migrantenkinderen hebben een andere cultuur en andere gebruiken dan kinderen uit een residentiële woonwijk.

Wanneer kinderen op school enkel boodschappen horen vanuit één bepaalde leefwereld, komt dit voor kinderen met een andere achtergrond vreemd over en zullen ze deze enkel beschouwen als schoolleerstof en niet als levensleerstof. Werken vanuit en met de ervaring van kinderen is bijgevolg steeds effectiever. Leerkrachten kunnen pas rekening houden met de **leefwereld van kinderen** door die leefwereld in de klas te brengen, door kinderen en ouders een inbreng te geven, door thuisopdrachten die de kinderen samen met hun ouders maken.

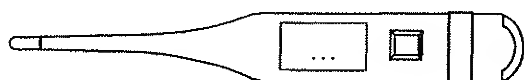
Verder kunnen de **waarden en normen** die men hanteert op school en thuis verschillend zijn. De manier waarop men met bepaalde gezondheidsthema's omgaat, de visie daarop of het belang dat men hieraan hecht in de thuissituatie kunnen tegenstrijdig zijn met hetgeen de leerkracht in de les aanbrengt. Kinderen vinden dat zij fundamenteel bij hun ouders horen. Dit gevoel is bijzonder diep geworteld. Als men hier onvoldoende oog voor heeft, kan dit bij het kind een conflict teweegbrengen of een afwijzing van één van beide boodschappen. Dit kan vermeden worden door als school respectvol om te gaan met de thuissituatie. 'Anders' mag niet betekenen 'minder goed'! [9]

Men kan ook mogelijkheden scheppen om ouders bij het preventief werken te **betrekken**. Men kan ouders informeren over de thema's die op school behandeld worden, men kan ouders uitnodigen in de klas tijdens een project. De school kan duidelijk maken welke inspanningen ze zelf doet om een gezonde leefomgeving te creëren en ouders hierin inspraak geven.

De school kan de ouders ook **ondersteunen** in hun opvoedersrol door de thema's 'verbieden' en 'verplichten' aan te kaarten: moet men kinderen verplichten om fruit te eten?, moet men verbieden dat kinderen eens een sigaret willen proberen?, wat met moeilijke eters?, wat met kinderen die steeds de trendy consumptieproducten willen?

Richtvragen bij het hanteren van principe 6

- Hoe warm lopen we voor dit principe? (Vul een cijfer in tussen 0°C en 30°C)



- Hoe wordt dit principe op onze school geconcretiseerd?
- Didactisch materiaal onder de loep:
  - bij welke doelgroepen van gezinnen sluit het pakket aan?
  - op welke manier gaat het pakket om met verschillen tussen het school- en thuismilieu?

3. Linken met andere initiatieven

3.1. VIG-inventaris didactisch materiaal gezondheidsbevordering

De Werkgroep Onderwijs van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie zal in de loop van 1999 de bestaande inventaris van didactisch materiaal in verband met gezondheidsbevordering actualiseren.
In deze inventaris vindt u achtergrondmateriaal voor de leerkracht, lespakketten, spelmateriaal, video's, toneel, enzoverder.

Dit materiaal wordt thematisch ingedeeld in een aantal rubrieken, onder andere:

- geneesmiddelen
- genotsmiddelen (alcohol, tabak, illegale drugs)
- sociale vaardigheden
- veiligheid
- hygiëne
- voeding
- fitheid

Contactadres in bijlage 2.

3.2. Kwaliteitslabel VLOR

De vroegere stuurgroep gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het Onderwijs is sinds september 1997 als permanente commissie geïntegreerd in de Vlaamse onderwijsraad (VLOR). De commissie Gezondheidsbevordering fungeert als legitimatiegroep voor de initiatieven van het VIG in het onderwijs.

De voormalige pedagogische werkgroep, nu omgevormd tot werkgroep kwaliteitslabel, kreeg regelmatig vragen om advies over onderwijsmateriaal met betrekking tot gezondheidseducatie. Naar aanleiding van deze vragen ontwikkelde de werkgroep een **procedure** om relatief snel op deze adviesvragen in te spelen. Organisaties die didactisch materiaal ontwikkelen kunnen hun concept, samen met een ingevulde vragenlijst, voorleggen aan de werkgroep. Daarnaast werden basiscriteria voor gezondheidsbevorderend materiaal opgesteld. Deze criteria geven richting aan de productontwikkelaars om de kans op een kwalitatieve beoordeling maximaal te maken.
De basisvisie achter de vragenlijst en de basiscriteria voor gezondheidsbevorderend materiaal is congruent met de basisprincipes voor drugpreventie die in deze publicatie behandeld worden.

Contactadres in bijlage 2.

REFERENTIES

(1) Caubergs C., Delameilleure I., Slots G., Staelens M., *Tussen pap en pep.* 1997, 15p.

(2) Kohnstamm R., *Kleine ontwikkelingspsychologie. Deel I Het jonge kind.* Bohn Stafleu En Van Loghum, 1998.

(3) Maes L., Vereecken C., *Databank 'Jongeren en gezondheid 1990-1998'*, deel van een WGO cross-nationale studie. Gent, RUG, vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde, 1998.

(4) Van Gils, J., *Aan welk jeugdbeleid werkt het onderwijs, het jeugdwelzijnswerk, het jeugdwerk?* Welwijs, 1998, jaargang 9 nr. 3.

(5) *Doeboek: onze school – gezonde school.* Brussel. Proges, 1998, p.5-8.

(6) Vanistendael S., *Resilience of de hoop van het realisme.* , Meise, NDO-Onderzoekscentrum 'kind en samenleving'.

(7) Deklerck J., Depuydt A., *Een samenleving in desintegratie. Verbondenheid als antwoord?* Welwijs, jg 7, nr. 3, 1996, 3-8.

(8) Van Parijs J., *Blauwdruk voor een effectieve voorlichting.* In de reeks Leuvense cahiers voor seksuologie. Mechelen, Federatie van Centra voor Levens- en gezinsvragen, 1993, 125p.

(9) Laevers F., Vanhoutte T., *Kansrijk voor kansarm. Zorgverbredend werken in het basisonderwijs met de meest kwetsbaren uit de samenleving.* Leuven, Centrum voor Ervaringsgericht Onderwijs, 1998, 94p.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: DE GEZONDHEIDSBEVORDERENDE SCHOOL EN DE EINDTERMEN EN ONTWIKKELINGSDOELEN

Fragmenten uit Doeboek: onze school – gezonde school. Proges. Brussel. 1998. p.5-8.

DEEL 1: DE GEZONDHEIDSBEVORDERENDE SCHOOL

Hoofdstuk 1: De gezondheidsbevorderende school: het concept

De belangrijkste termen die aan de basis liggen van een gezondheidsbevorderende school zijn: gezondheid, gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO), gezondheidsbevordering en gezonde school. Hierop willen we in dit hoofdstuk dieper ingaan.

Gezondheid is

- een ruim begrip.
  Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is gezondheid

'een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welbevinden, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximaal aantal vrijheidgraden en keuzemogelijkheden' (1986).

  Het is dus meer dan enkel de afwezigheid van ziekte, het zich lichamelijk gezond voelen.
  Bijvoorbeeld: een gepest kind dat verdrietig is, kan lichamelijk perfect in orde zijn maar is verre van gezond!

- een relatief begrip. Het wordt door iedereen anders aangevoeld.
  Bijvoorbeeld: de ene persoon voelt zich gezond wanneer hij 5 km gejogd heeft, een andere voelt zich gezond als hij 's morgens sinaasappelsap drinkt.

- een dynamisch begrip. Gezondheid mag geen doel op zich zijn, het is ook een streven naar.
  Bijvoorbeeld: niemand kan zeggen: "Nu ben ik gezond en moet ik er niets meer voor doen." Elk moment kan er iets gebeuren waardoor je je anders, eventueel minder gezond, kunt voelen.

- een emancipatorisch begrip. Het individu is zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid, zorgt hier zelf voor, neemt zelf beslissingen. Er moeten voorwaarden gecreëerd worden opdat mensen hiertoe zouden in staat zijn. Als begeleider kan je kennis, vaardigheden en inzichten bijbrengen, maar de uiteindelijke beslissing ligt bij het individu zelf.
  Bijvoorbeeld: een leerling kiest op school uit de drankautomaat tussen het aanbod: cola, sprite, spuitwater, ...

Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO):

GVO is het in staat stellen van individuen te kiezen voor gezond gedrag.

Het kiezen voor gezond gedrag wil men bekomen door te **informeren** (kennis), te **sensibiliseren** (attitudes) en **op te voeden** (vaardigheden).

Kenmerken hiervan zijn:

- GVO verloopt intentioneel en planmatig,
- GVO brengt steeds een positieve boodschap,
- GVO houdt rekening met de leefomgeving.

De school is hierbij één van de vele actieterreinen.

Gezondheidsbevordering:

Gezondheidsbevordering werd een officiële term door de publicatie van het Ottawacharter for Health Promotion door de WHO in 1986. Het wordt als volgt omschreven:

Gezondheidsbevordering is een proces waardoor mensen in staat gesteld worden meer controle te krijgen over hun gezondheid en deze te verbeteren.

Naast GVO zijn er nog actieterreinen voor gezondheidsbevordering, namelijk:

- het uitbouwen van een gezondheidsbeleid,
- het scheppen van een ondersteunende omgeving,
- het versterken van de gemeenschapsacties,
- het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden,
- het heroriënteren van gezondheidsdiensten.

Die actieterreinen zijn dus niet zo zeer gericht op de gezondheid van het individu maar op het creëren van gunstige voorwaarden. Zo wordt de gezonde keuze de meest voor de hand liggende keuze.

Het verschil tussen GVO en Gezondheidsbevordering:

	GVO	**Gezondheidsbevordering**
Aangrijpingspunten	Leefstijl en gedrag	Leefstijl, omgeving en gezondheidszorgsysteem
Methoden	Voorlichting en opvoeding	GVO + structurele en beleidsmatige interventies
Wetenschappelijke basis	Gedragswetenschappen	Gedragswetenschappen, sociologie, economie en politieke wetenschappen
Doelen	Gedragsverandering (gezonde keuzes maken)	Structurele veranderingen (maken dat gezonde keuzes voor de hand liggen)

De gezondheidsbevorderende school:

Werken aan gezondheidseducatie en gezondheidsbevordering kan op verschillende plaatsen zoals ziekenhuizen, werkplaatsen, scholen en thuis.

Het is belangrijk stil te staan bij de rol die de school kan vervullen in verband met gezondheidsbevordering. Jongeren zitten gedurende een belangrijke periode in hun leven op school. Gedurende deze periode worden onder meer hun gedrag en waardenpatroon in verband met gezondheid opgebouwd. De school is hierdoor ook een belangrijke plaats om aan gezondheidseducatie te werken.

Bekijken we de school als een plaats waar leerlingen komen leren en waar leerkrachten, directie en anderen komen werken, maar ook als een plaats waar deze mensen samen 'leven', in relatie staan met elkaar.

De school is dus een 'leer-, werk- en leefomgeving'.

En als je aan een gezonde school wil werken moet je met deze factoren rekening houden.

Hoofdstuk 2: De gezondheidsbevorderende school en eindtermen en ontwikkelingsdoelen.

Eindtermen zijn de minimumdoelstellingen die op het einde van het basis- en secundair onderwijs moeten worden bereikt. Concreet gaat het om het nastreven van kennis, inzicht, onderwijsattitudes en vaardigheden.

Ontwikkelingsdoelen zijn de beschrijvingen van wat minimaal aan kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes in het kleuteronderwijs moet worden nagestreefd. De term ontwikkelingsdoelen wordt ook gehanteerd in het beroeps-secundair onderwijs.

Met de invoering van de eindtermen en ontwikkelingsdoelen verwacht men van de school dat ze een expliciete visie bepalen hieromtrent. Ook moeten scholen aan de hand van een planning kunnen aantonen dat ze er aan werken.
De school krijgt de vrijheid van de integratie, zowel naar organisatie en uitvoering als naar vormgeving en sturing.

Eindtermen en ontwikkelingsdoelen in het basisonderwijs

De eindtermen en ontwikkelingsdoelen voor het basisonderwijs zijn in de Vlaamse scholen van kracht vanaf 1 september 1998. De eindtermen en ontwikkelingsdoelen zijn gekenmerkt door een brede vorming, gericht op het actief leren met zorg voor elk kind.

De minimumdoelstellingen zijn eenvormig voor alle scholen en geven aan wat de leerlingen zeker moeten kennen en kunnen na een bepaalde periode. Hiermee krijgen we een zekere kwaliteitsbewaking van het onderwijs in Vlaanderen. Dit wil echter niet zeggen dat alle scholen hetzelfde moeten doen. Iedere school kan zijn eigenheid bewaren door een eigen invulling te geven aan de integratie van die eindtermen.
De eindtermen en ontwikkelingsdoelen met betrekking tot gezondheidseducatie zijn verspreid over de vakgebieden wereldoriëntatie (natuur en mens) en lichamelijke opvoeding (motorische competentie, meer bewegen, gezonde en veilige levensstijl, gezond bewegen, zelfconcept en sociaal functioneren). Ook binnen het vakoverstijgende gebied 'sociale vaardigheden' worden belangrijke accenten in verband met gezondheidseducatie gelegd.

BIJLAGE 2: CONTACTADRESSEN

Onderzoek 'jongeren en gezondheid'

U kunt de resultaten van dit onderzoek raadplegen op internet: http:\\allserv.rug.ac.be\~cvereeck\hbsc of contact opnemen met de databankverantwoordelijke Carine Vereecken (Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde - Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde):
UZ,Blok A, 2° vediep
De Pintelaan 185
9000 Gent
tel: 09/240.20.81
fax: 09/240.49.94
E-mail: Carine.Vereecken@rug.ac.be

VIG-inventaris didactisch materiaal gezondheidsbevordering

Deze inventaris zal beschikbaar zijn op internet: www.vig.be, onder doelgroepen: onderwijs.
VIG
G. Schildknechtstraat 9
1020 Brussel
tel: 02/422.49.49
fax: 02/422.49.59
E-mail: vig@vig.be

Kwaliteitslabel VLOR

De vragenlijst voor productontwikkelaars en de basiscriteria voor gezondheidsbevorderend materiaal kunnen opgevraagd worden bij:
VLOR (Vlaamse Onderwijsraad)
Commissie Gezondheidsbevordering - werkgroep kwaliteitslabel
Leuvenseplein 4
1000 Bussel.
tel: 02/219.42.99
fax: 02/919.81.18

of bij het VIG.

BESTELBON

Prijs/stuk: 100 Bfr.
Vanaf 5 exemplaren: 75 Bfr./stuk

Aantal	Prijs/stuk	Totaal

Organisatie: ....

Naam contactpersoon: ....

Adres: ....

....

Telefoonnummer: ....

Gelieve deze bestelbon op te sturen of door te faxen naar VAD:

E. Tollenaerestraat 15 – 1020 Brussel – Fax: 02/423.03.34